

Année 1929

THÈSE

N°
192

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

André CONTE

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 23 Décembre 1904, à Grasse (Alpes-Maritimes)

L'Action des Traitements spécifiques
sur les Troubles fonctionnels du Tabès

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

EDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

—
1929

T H E S E

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1929

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État).

PRÉSENTÉE PAR

André CONTE

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 23 Décembre 1904, à Grasse (Alpes-Maritimes)

L'Action des Traitements spécifiques sur les Troubles fonctionnels du Tabès

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

EDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. ROGER
I. — Professeurs	MM.
Anatomie.....	ROUVIERE
Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale....	CUNEO
Physiologie.....	ROGER
Physique médicale.....	STROHL
Chimie médicale.....	DESGREZ
Bactériologie.....	LEMIERRE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.....	MARCEL LABBE
Pathologie médicale.....	N...
Pathologie chirurgicale.....	LECENE
Anatomie pathologique.....	ROUSSY
Histologie.....	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU
Hydrologie et thérapeutique et climatologie.....	M. VILLARET
Thérapeutique.....	LOEPER
Hygiène et médecine préventive.....	TANON
Médecine légale.....	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY
Clinique médicale.....	CARNOT
Hygiène et clinique de la première enfance.....	BEZANÇON
Clinique des maladies des enfants.....	ACHARD
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	WIDAL
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	LEREBOULLET
Clinique des maladies du système nerveux.....	NOBECOURT
Clinique des maladies infectieuses.....	H. CLAUDE
Clinique de la Tuberculose.....	GOUGEROT
Clinique chirurgicale.....	GUILLAIN
Clinique ophtalmologique.....	TEISSIER
Clinique urologique.....	Léon BERNARD
Clinique d'accouchements.....	DEL BET
Clinique gynécologique.....	HARTMANN
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	LEJARS
Clinique thérapeutique médicale.....	GOSSET
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	TERRIEN
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	LEGUEU
Clinique propédeutique.....	COUVELAIRE
Professeur sans chaire.....	BRINDEAU
	JEANNIN
	J.-L. FAURE
	OMBREDANNE
	VAQUEZ
	SEBILEAU
	Pierre DUVAL
	SERGEANT
	BRANCA



II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
ABRAMI.....	Pathologie médicale.	CHABROL.....	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE.....	Neurologie et Psychiatrie.	CHIRAY.....	Pathologie médicale
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.	CLERC.....	Pathologie médicale.
BASSET.....	Pathologie chirurgicale.	DEBRE.....	Hygiène.
BAUDOUIN.....	Pathologie médicale.	DOGNON.....	Physique.
BINET.....	Physiologie.	DONZELO.....	Pathologie médicale.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.	DUVOIR.....	Médecine légale.
BROCQ.....	Pathologie chirurgicale.	ÉCALLE.....	Obstétrique.
BRULE.....	Pathologie médicale.	FIESSINGER.....	Pathologie médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.	GARNIER.....	Pathologie expérimentale.
		GATELLIER.....	Pathologie chirurgicale.

MM.

GIROUD.....	Histologie
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL....	Pathologie médicale.
JOYEUX.....	Parasitologie.
LABBE HENRI	Chimie biologique.
LARDE\NOIS	Pathologie chirurgicale
LEMAILLE....	Oto-rhino-laryngologie
LEROUX.....	Anatomie pathologique
LEVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE..	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
MERCIER (F)..	Pharmacologie.
METZGER.....	Obstétrique.

MM.

MONDOR.....	Pathologie chirurgicale
MOURE.....	Pathologie chirurgicale
MULON.....	Histologie.
OBERLING....	Anatomie pathologique
OLIVIER.....	Anatomie
PHILIBERT....	Bactériologie.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale
RICHET, Fils..	Physiologie.
SEZARY.....	Dermatologie et syphili- graphie.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur).....	Pathologie médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VELTER.....	Ophthalmologie.
VERNE.....	Histologie.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

BUSQUET.....	Pharmacologie.
GUENIOT.....	Obstétrique.
LEQUEUX.....	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE..	Parasitologie
RETTERRER....	Histologie.
ZIMMERN.....	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique à titre permanent

MM.

ALGLAVE.....	Clinique chirurgicale.
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER....	Clinique obstétricale.

MM.

LERI.....	Clinique médicale.
MOCQUOT....	Clinique chirurgicale.
PROUST.....	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ....	Clinique chirurgicale.

V. — Chargés de cours

MM. MAUCLAIRE, agrégé.....	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes. Stomatologie. Education physique. Radiologie clinique. Puériculture.
FREY.....	
CHAILLEY-BERT.....	
LEDOUX-LEBARD.....	
WEILL-HALLE.....	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Bien faible témoignage de ma profonde
reconnaissance et de ma filiale affec-
tion.

A MA FEMME

A MON FILS PHILIPPE

Que j'unis tous deux dans le même sentiment de tendresse affectueuse.

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR GOUGEROT

*Professeur de clinique
des maladies cutanées et syphilitiques
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ALBERT SEZARY

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a inspiré ce travail; témoignage de reconnaissance auquel nous ajoutons nos sentiments respectueusement dévoués.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stages

M. LE PROFESSEUR E. SERGENT

M. LE PROFESSEUR F. LEJARS

M. LE DOCTEUR F. RAMOND

M. LE DOCTEUR LAUNAY

M. LE PROFESSEUR H. ROGER

Externat

M. LE PROFESSEUR P. DELBET

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAIGNEL-LAVASTINE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LE LORIER

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. SEZARY

M. LE DOCTEUR ROUGET

AVANT = PROPOS

Il peut paraître vain d'aborder l'étude d'une question sur laquelle ont été émises des opinions aussi nombreuses que variées. Il suffit en effet de se reporter à la littérature médicale de ces quarante dernières années pour se rendre compte combien l'étude du tabès et de son traitement ont fait l'objet d'articles, de communications et de débats chez les maîtres les plus autorisés de la pathologie nerveuse. A l'heure actuelle, encore, les résultats du traitement syphilitique du tabès sont très controversés et beaucoup d'auteurs manifestent leur scepticisme vis-à-vis des améliorations obtenues. S'il est à peu près admis que les lésions organiques du tabès sont incurables, néanmoins les diverses manifestations fonctionnelles bénéficient souvent dans une mesure plus ou moins grande du traitement syphilitique.

Le travail que nous entreprenons n'a pas pour but d'émettre une opinion catégorique, mais seulement en nous basant sur des observations de tabétiques améliorés par le traitement syphilitique, de justifier l'emploi de ce traitement, seul capable d'amener une amélioration

manifeste et durable des troubles fonctionnels du tabès, quelquefois même une sédation complète.

C'est volontairement que nous limitons notre étude à celle de l'action du traitement antisiphilitique sur les seuls troubles fonctionnels. Les malades que nous avons suivi ont été observés dans la consultation du soir de la Charité (service du Professeur agrégé SÉZARY) et le plus souvent il n'a pu être fait chez eux de ponction lombaire pour suivre parallèlement les modifications du liquide céphalo--rachidien. D'ailleurs on s'accorde actuellement pour reconnaître qu'à la longue, sous l'action d'un traitement prolongé, les anomalies liquidiennes s'améliorent et parfois même disparaissent complètement.

HISTORIQUE

C'est à la fin du siècle dernier que l'on commença à se préoccuper sérieusement de traiter les tabétiques par les médications antisypilitiques. C'est l'époque en effet où la maladie de DUCHENNE venait d'être rangée par FOURNIER dans son livre sur l'ataxie locomotrice d'origine sypilitique (1882) parmi les lésions parasypilitiques, c'est-à-dire résultant de la syphilis. Du rôle prépondérant sinon exclusif de la syphilis dans la genèse du tabès, rôle reconnu maintenant par tous les auteurs et dans tous les cas, on déduisit que le tabès devait bénéficier largement de l'application du traitement sypilitique aux sujets atteints de la si redoutable maladie.

Ce furent FOURNIER et ses élèves qui les premiers firent les essais du traitement sur leurs malades tabétiques, s'adressant pour cela au mercure, seul médicament usité avec l'iodure de potassium à cette époque dans la thérapeutique antisypilitique. FOURNIER employait les frictions à l'onguent mercuriel, les pilules mercurielles ou encore le sirop de Gibert.

RAYMOND, sucesseur de CHARGOT à la Salpêtrière, commença les injections sous-cutanées d'huile bi iodurée.

Mais ces premiers essais donnèrent assez peu de résultats appréciables, de sorte que vers 1895 on se trouvait dans la plus complète incertitude quant aux bénéfices du traitement syphilitique chez les tabétiques. FOURNIER semblait avoir raison lorsqu'il excluait le tabès des syphillis actives, seules justiciables du traitement : « le mercure et l'iodure n'agissent pas, dit-il, ce cas n'est malheureusement que trop commun... parfois ils peuvent agir d'une façon toujours très lente, traînante, très amoindrie par rapport à ce qu'elle est en des cas d'autre genre, au total toujours incomplète et insuffisante ». De son côté le professeur RAYMOND qui soumet tous ses ataxiques au traitement spécifique « doit à la vérité de déclarer qu'il a très rarement vu une amélioration survenir ».

Cependant des syphiligraphes s'élevaient contre ces opinions et s'obstinaient dans la voie que l'on songeait à abandonner. En 1902 LEREDDE, instigateur de ce mouvement lança cet aphorisme : « Si un tabétique ne guérit pas avec du mercure, c'est qu'il n'en a pas assez », et il recommanda des doses élevées jusqu'à 5 et 6 centigr. de biiodure ou de benzoate en une injection sous-cutanée quotidienne. Il fut écouté et l'on tenta un nouvel effort. L'expérience fut brève, car les tabétiques ne résistèrent pas longtemps, tant les accidents toxiques s'étaient multipliés et aggravés.

A la même époque dans une intéressante discussion suscitée à la Société de Neurologie, le 9 janvier 1902, par une communication de BRISSAUD sur les « variations de la gravité du tabès » d'éminents neurologistes furent appelés à donner leur opinion concernant l'action du

mercure sur l'évolution de cette affection BRISSAUD formula la sienne en disant : « en somme, la maladie me paraît présenter un caractère beaucoup moins progressif que le mot progressif ne le comportait dans la pensée de DUCHENNE et de TROUSSEAU. J'ai même constaté nombre de fois une régression de la totalité du syndrome ». Mais il se demandait si cette régression n'était pas plutôt le fait d'une modification heureuse de la maladie ou du terrain que la conséquence du traitement spécifique.

JOFFROY émit des doutes sur l'efficacité du traitement antisypilitique administré aux tabétiques, étant porté à croire qu'un traitement trop intensif peut aggraver l'état du malade.

GILBERT-BALLET crut également pouvoir dire que les malades non traités ont souvent présenté à l'égal des autres, une régression des symptômes.

Seuls Pierre Marie et BABINSKI attribuent au traitement une certaine valeur. Pierre MARIE est catégorique quand il dit que c'est au traitement spécifique qu'il faut attribuer l'atténuation de la gravité du tabès. BABINSKI pense que le traitement syphilitique a réellement diminué le nombre des cas graves.

AUBRÉE (Thèse de Paris 1903) conclut à l'action efficace du traitement chez la plupart des tabétiques, surtout quand on administre le médicament par voie sous-cutanée.

DÉJÉRINE et THOMAS, dans le Traité de Médecine de BROUARDEL et GILBERT (1903), constatent que « bien que les résultats ne soient pas toujours probants, il est cepen-

dant des cas où ce traitement a paru exercer une action favorable » et préconisent le mercure et l'iodure de potassium.

Au congrès des neurologistes et aliénistes tenu à Bruxelles, le 1^{er} août 1903, Maurice FAURE apporte les résultats d'après une statistique portant sur 1960 cas, due à BELUGOU, CROS et FAURE, et dont la conclusion n'est pas favorable au traitement spécifique « le nombre des cas où la thérapeutique antisypilitique s'accompagne d'aggravation est beaucoup plus grand que le nombre des cas où la même thérapeutique s'accompagne d'amélioration ».

Parmi tant d'opinions contradictoires on pouvait donc discerner au début de ce siècle deux tendances extrêmes, deux écoles opposées, résultat des essais de traitement spécifique accomplis à la fin du siècle dernier, les uns montrant à l'égard de l'opportunité du traitement spécifique chez les tabétiques un grand septicisme, sinon une hostilité marquée, les autres, LEREDDE en tête, louant au contraire les bienfaits de l'action thérapeutique du mercure.

Entre ces deux opinions excessives qui se combattaient bruyamment, une troisième tendance était née dans l'esprit de certains observateurs. DE MASSARY, par exemple, écrivait : « les quelques guérisons obtenues par le traitement spécifique, si rares soient-elles, nous font un devoir de tenter ce traitement et cela dans deux circonstances surtout : 1°) lorsque nous aurons la chance de dépister la maladie, dès sa première apparition ; 2°) lorsque nous aurons à lutter contre une des recrudescences

qui surviennent si fréquemment après une accalmie plus ou moins longue ».

En 1908, MILIAN écrit dans le *Progrès Médical* que le mercure est capable de guérir certaines manifestations tabétiques : « Dans l'ensemble, dit-il, les douleurs fulgurantes figureraient pour une grande part au compte des améliorations fonctionnelles ».

SPILLMANN et PERRIN paraissent également satisfaits des résultats du traitement syphilitique chez leurs sujets tabétiques parmi lesquels ils notent de fréquents succès. En 1909 ils déclarent, en effet, que « de toutes les affections parasyphilitiques le tabès est indubitablement celle qui bénéficie le mieux de la cure mercurielle ». Dans leurs statistiques portant sur 71 tabétiques traités par le mercure, ils ont enregistré 2 guérisons, 18 arrêts prolongés de la maladie, 4 arrêts avec rechute, 8 évolutions ralenties, 30 améliorations partielles et seulement 9 insuccès complets.

Moins enthousiaste, M. SÉZARY écrit en 1910, que « impuissant à atteindre le mal, le médecin se contente d'une thérapeutique symptomatique dirigée contre les phénomènes douloureux; l'ataxie... ». En effet, le mercure agit trop tard et par conséquent inefficacement contre le processus de sclérose organisé, et seule une ponction lombaire pratiquée précocement après disparition des accidents cutanés serait capable de commander un pronostic sûr et partant une thérapeutique réellement efficace.

Mais déjà à cette époque un autre auxiliaire précieux était entré dans la thérapeutique de la syphilis : l'arsenic.

Sous la forme de cacodylate de soude, d'arrhénal, puis d'hectine, employé alternativement ou concuremment avec le mercure, il permit de formuler des médications nombreuses. Alors se produisit un grand événement dans la thérapeutique antisyphilitique. On venait de découvrir un nouveau sel arsenical : le salvarsan. Malheureusement ce médicament que l'on disait juguler rapidement la syphilis dans toutes ses manifestations n'amena pas, tel qu'il fut employé dès le début, les résultats brillants que l'on attendait, de sorte que, après les premières expériences quelque peu déconcertantes, il fallut se résigner à admettre que les succès obtenus avec quelques injections d'arsenobenzol dans le traitement du tabès, ne sont pas plus importants qu'avec les autres médicaments antisyphilitiques, et que les accidents ont été plus nombreux et plus graves avec l'arsenobenzol qu'avec aucun autre médicament.

BARRÉ, en 1912, comparant les effets du salvarsan et du mercure sur le tabès, reconnaît à ce dernier une action lente et limitée certes, mais qui n'expose pas le sujet aux méfaits fréquents du salvarsan.

C'est aussi l'avis de BABINSKI, de SOUQUES qui pensent que dans une maladie à longue échéance comme le tabès, à avantages égaux mais à risques moindres, le mercure doit avoir le pas sur le salvarsan.

LEREDDE devient aussi chaud partisan du salvarsan qu'il l'avait été du mercure, toujours convaincu de la curabilité du tabès. Un tel optimisme n'est point partagé par LEGENDRE qui écrit dans sa thèse (1914) que l'on peut sans discussion possible obtenir des améliorations

considérables, mais qu'il est, d'autre part, impossible de parler de guérison même pas par l'emploi systématique, raisonné et prolongé de l'énésol, de l'hectine et du salvarsan.

En 1920, FERRAND légitime l'emploi du traitement spécifique dans le tabès, que l'on prévient d'abord par une stérilisation plus complète de la syphilis. Le tabès nécessitera à son début un traitement énergique pour lequel l'arsenic est tout désigné, et dans la suite un traitement de consolidation continué pendant des années.

C'est avec ces opinions variées sur l'amélioration des tabétiques par le traitement syphilitique que l'on s'adresse au bismuth, nouveau médicament introduit dans la thérapeutique de la syphilis. En 1925 SPINOTT, médecin belge, relate plusieurs observations desquelles il ressort que l'élément douleur des tabétiques obéit très bien au traitement par le bismuth.

BERNARD apporte également plusieurs cas où le traitement bismuthique a amélioré les symptômes fonctionnels du tabès.

Actuellement où l'arsenic, le mercure, le bismuth sont à peu près également employés, les opinions, quoique très diversement partagées, tendant à admettre une régression des symptômes fonctionnels du tabès, variable avec chaque sujet, plus ou moins marquée, plus ou moins durable, mais imputable à coup sûr au traitement syphilitique.

M. BABONNEIX (traité de médecine de SERGENT) conseille de recourir au traitement pendant des années, en

évitant toutefois, les injections intrarachidiennes de produits spirillicides.

Maurice FAURE, se basant sur « trente années d'erreur » écrit que de bons résultats ne seront obtenus que si « renonçant aux surenchères et admettant que l'on ne peut guérir rapidement les maladies qui ne guérissent que lentement » on institue un traitement chronique en choisissant le médicament et la dose d'après l'expérimentation dans chaque cas.

C'est également l'avis de M. SÉZARY (la syphilis nerveuse, 1926) qui après avoir constaté que « le résultat le plus important du traitement spécifique dans le tabès consiste dans l'arrêt de l'évolution de la maladie ou seulement dans son ralentissement » conseille de débiter par des doses faibles pour éviter les réactivations douloureuses après quoi d'injecter alternativement pendant des années des composés arsenicaux, bismuthiques, mercuriels. Cependant, c'est encore la ponction lombaire systématique qui révélant les lésions nerveuses latentes des premiers stades de la syphilis permettra de faire œuvre utile « en détruisant le tabès in ovo ».

Récemment le Professeur GUGEROT a insisté sur le fait que des crises douloureuses peuvent survenir même chez un tabétique dont la guérison clinique et humorale est vérifiée. Ces douleurs étant dues à des causes irritatives et congestionnantes telles que le froid, la chaleur, les intoxications, les émotions, les troubles digestifs réclameront un traitement prophylactique surtout, plus qu'un traitement syphilitique intempestif.

Nous devons à l'obligeance de notre Maître, le Profes-

seur agrégé SÉZARY, d'avoir recueilli dans le service de sa consultation du soir à l'hôpital de la Charité, 15 observations de malades tabétiques, suivis d'une façon prolongée et améliorée par le traitement syphilitique, que nous nous proposons d'exposer d'abord et de commenter ensuite.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (N° 150)

G.... Auguste, 42 ans, garçon de café, vient consulter pour la première fois à l'hôpital de la Charité le 17 mars 1922. A eu un chancre syphilitique en 1901, suivi de roséole et de plaques muqueuses. Traité alors par des pilules et des frictions. A suivi ce traitement pendant 5 ans, à raison de deux à trois mois par an. En 1913, il présente des syphilis palmaires et reçoit 15 injections quotidiennes intra-fessières.

En 1918, il commence à éprouver des douleurs lancinantes.

A sa venue à l'hôpital en 1922, on constate une ataxie très marquée des membres supérieurs et inférieurs, un signe de Romberg, l'abolition du réflexe pupillaire à la lumière, l'abolition des deux réflexes achilléens. De plus le malade accuse de très fortes douleurs dans les deux jambes

La réaction de Wassermann est négative.

Le malade reçoit alors 3 g. 15 de novarsenobenzol.

En avril 1923 on note : « Ataxie très améliorée, a supprimé sa canne, conserve encore de la difficulté pour monter et descendre les escaliers. Les douleurs ont notablement diminué. Le malade qui avait dû interrompre son travail depuis un an a recommencé à travailler et depuis n'a plus de douleurs vives ».

Du mois de mai 1923 au mois de février 1928 le malade

a reçu 18 piqûres de Quinby et 5 séries de muthanol (double dose) de 10 injections chacune.

Au mois de février 1928 on note : « les douleurs ont presque totalement disparu. L'ataxie était marquée autrefois au point que le malade ne pouvait marcher sans être soutenu. Actuellement, il marche seul, bien qu'en talonnant légèrement. L'amélioration de la marche est très nette depuis un an surtout ».

OBSERVATION II (N° 267)

G.... Victor, 45 ans, vient consulter le 27 août 1922, parce qu'il éprouve depuis 3 ans des douleurs lancinantes dans les membres inférieurs, avec depuis un an de la difficulté à la miction. Le malade a eu un chancre en 1902, mal soigné.

A l'examen on ne trouve pas de signe de Romberg, mais les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis. On note une anesthésie cubitale et un signe d'Argyll Robertson bilatéral.

La réaction de Wasserman est fortement positive.

Le malade reçoit d'abord 6 gr. de novarsenobenzol, puis 3 autres séries de 3 gr. chacune seulement, car le malade interrompt souvent. En janvier 1927, il a 8 piqûres d'hectine.

Du mois de mai 1927 au mois de mai 1928, il reçoit 10 piqûres de muthanol simple dose.

A cette époque on note une amélioration très marquée sur l'état antérieur : les douleurs lancinantes sont nettement moins fréquentes et moins vives. Le Wassermann est négatif.

OBSERVATION III (N° 556)

B.... Louis, 44 ans, comptable, vient consulter le 28 décembre 1923. Il accuse quelques douleurs fulgurantes, une incontinence d'urine datant de trois ans, et une ataxie portant sur la marche qui est devenue très pénible.

A l'examen on note l'abolition des réflexes rotuliens et achilléens, et l'existence du signe d'Argyll Robertson bilatéral.

La réaction de Wassermann est fortement positive.

Le chancre date de 1911.

Le malade reçoit alors une série de 15 injections de Quinby, à la fin de laquelle on note, en mars 1924, une amélioration assez marquée de la marche.

Du mois de Septembre au mois de novembre de la même année, une nouvelle série de 20 Quinby est instituée.

L'amélioration de la marche s'accroît très nettement, les douleurs sont moins nettement influencées, quoique très atténuées.

Depuis cette époque, le malade n'a pas été revu.

OBSERVATION IV (N° 600)

L.... Charles, 28 ans, vient consulter pour la première fois le 15 février 1924. A eu un chancre induré en 1913 soigné par 3 injections de 914 et 10 de cyanure. Puis pendant 3 ans reçoit 15 jours par mois une piqûre quotidienne de benzoate de mercure. Depuis, a reçu quelques piqûres d'huile grise, d'hectine, de sulfarsénol.

Vers 1917, il commence à éprouver des douleurs pendant la défécation, douleurs qui allèrent en augmentant d'intensité et qui persistent actuellement dans l'intervalle des défécations, comparables à des brûlures, siégeant dans la région sacrée et dans la région du flanc gauche.

Pas de douleurs lancinantes.

Incontinence nocturne d'urines intermittente depuis 1 an.

Pas d'ataxie, pas de Romberg, réflexes normaux.

On note un Argyll Robertson bilatéral.

La réaction de Wassermann est fortement positive.

Du mois de février 1924 au mois de septembre 1925, il reçoit 2 séries de Quinby de 15 injections chacune.

A la suite de quoi le malade dit avoir des douleurs beau-

coup moins tenaces, durant 1/2 heure au lieu de 3 ou 4 heures comme auparavant. Ces douleurs surviendraient principalement dans les intervalles trop prolongés des piqûres.

En 1925 et jusqu'en juillet 1926, le malade a reçu 6 gr. 50 de novar, et 2 séries de Muthanol (double dose) de 10 piqûres chacune. Depuis cette époque on n'a plus revu le malade.

OBSERVATION V (N° 987)

G.... Prosper, âgé de 38 ans, vient consulter le 19 juin 1923 se plaignant de douleurs lancinantes dans les membres, de difficulté à la miction, de troubles génitaux, le tout remontant à 5 ans.

A l'examen on ne trouve pas de Romberg, pas d'abolition des réflexes, mais des pupilles très paresseuses et de l'hyperthésie dans le domaine du cubital.

A eu en 1908 un chancre suivi de roséole et de plaques muqueuses. Il s'est traité pendant 4 ans seulement par des pilules de protoiodure.

La réaction de Wassermann est négative.

Le malade reçoit de juin 1923 à février 1924 une série de 20 Quinby et de 4 gr. 50 de novar, à la suite de quoi le malade dit éprouver beaucoup moins de douleurs qu'autrefois.

Du mois de février 1924 au mois de juillet 1928 il reçoit 3 séries de novarsenobenzol de 5 gr. 50 chacune, 22 gr. 50 de stovarsol, et 10 piqûres de muthanol double dose.

En juillet 1928, l'amélioration est très nette, les douleurs lancinantes deviennent très rares, et sont très atténuées en intensité, et le malade n'a plus de difficulté pour uriner.

OBSERVATION VI (N° 1.105)

T.... Louis, âgé de 60 ans, tailleur, vient consulter le 11 décembre 1925 pour des douleurs lancinantes datant de

plusieurs années et augmentant d'intensité. Présente de l'incontinence d'urine et des envies fréquentes d'uriner. A l'examen, pas de Romberg, pas d'abolition des réflexes, mais on note un signe d'Argyll Robertson, et un mal perforant du gros orteil gauche. A eu un chancre en 1892. Soigné seulement par des pilules de protoiodure.

La réaction de Wassermann est négative.

Le malade, soumis au traitement, reçoit 3 séries de Muthanol double dose, 3 séries de sulfarsénol, 10 injections d'acétylarsan et 15 injections de Quinby.

Au mois de mai 1928, une réaction de lymphangite s'étant développée autour du mal perforant du gros orteil, on soumet le malade au lipo vaccin, ce qui amène la disparition de la lymphangite. Nous avons revu nous-mêmes le malade le 5 mars 1929. Les douleurs fulgurantes sont bien moins vives qu'au début du traitement. D'autre part, le malade qui vacillait en marchant la nuit principalement, dit avoir retrouvé un meilleur équilibre. Seuls les faux besoins d'uriner persistent.

OBSERVATION VII (N° 111)

C.... Louis, 56 ans, maître d'hôtel, vient consulter le 20 février 1922 pour des douleurs fulgurantes dans les membres. A l'examen on note de l'ataxie des membres supérieurs et inférieurs.

Les réflexes sont normaux, mais il existe un signe d'Argyll Robertson. Le début des douleurs remonte à l'année 1896, avec exacerbation, depuis 1905. L'ataxie n'a commencé qu'il y a 3 ans.

L'accident initial est passé inaperçu.

La réaction de Wassermann est négative.

Du mois de février 1922 au mois de mai 1923, le malade reçoit plusieurs séries d'hectine, à la suite de quoi on note une atténuation des douleurs.

Du mois de mai 1923 au mois de septembre 1924, on

pratique 22 injections de Quinby et 20 injections d'hectine, on note alors que les douleurs sont très diminuées, presque nulles. Les deux années qui suivent, le malade reçoit 40 grs de Stovarsol. A la fin de l'année 1926 le malade dit n'avoir plus que des douleurs très diminuées et très espacées. D'autre part, sa marche est très améliorée.

Depuis cette date le malade a reçu du muthanol et l'amélioration s'accroît.

OBSERVATION VIII (N° 575)

B.... Urbain, 41 ans, garçon de magasin, vient consulter le 28 janvier 1924. Il accuse des douleurs fulgurantes dans les membres, des troubles sphinctériens consistant en difficulté de la miction, le malade étant obligé de pousser, et une ataxie marquée surtout aux membres supérieurs, le tout ayant débuté, il y a 2 ans. A l'examen, on constate l'abolition des réflexes et le signe d'Argyll Robertson, ainsi qu'un ptosis à gauche.

Il y a 20 ans, aurait eu un bubon suppuré sans aucun autre signe.

La réaction de Wassermann est négative.

On institue un traitement et le malade reçoit depuis le mois de janvier 1924 : 3 séries de Quinby de 20 injections chacune, 4 séries de Muthanol double dose de 12 injections chacune, et 21 gr. 50 de Stovarsol.

En décembre 1927, après 4 ans de traitement, on note que les douleurs fulgurantes ont diminué dans une proportion que le malade évalue aux $3/4$ tant en nombre qu'en intensité.

L'ataxie des membres supérieurs n'est plus guère appréciable, la marche est seulement gênée par une blessure de guerre du genou gauche, mais le malade ne talonne pas du côté droit.

Les troubles des sphincters ne sont pas ou presque pas modifiés, ainsi que les réflexes et le ptosis qui demeurent inchangés.

Le malade continue à suivre régulièrement le traitement et l'amélioration va s'accroissant très nettement à l'heure actuelle.

OBSERVATION IX (N° 619)

S... Louis, âgé de 40 ans, cantonnier, vient consulter le 11 mars 1924 pour de la diplopie dont le début remonte à 1917, guérie après 2 séries de piqûres de biiodure de mercure, et réapparue depuis 2 mois. Le malade a eu un chancre en 1909.

Les mouvements d'abduction et d'élévation de l'œil droit sont limités. Nystagmus dans les positions extrêmes du regard. Pas de troubles vésicaux, pas d'ataxie, pas de douleurs lancinantes. A l'examen les réflexes sont abolis, et la pupille gauche est paresseuse.

La réaction de Wassermann est moyennement positive.

Le malade reçoit alors du mois de mars au mois de juin 1924, 10 piqûres de muthanol et 20 piqûres d'hectine, à la suite de quoi la diplopie est moins accusée.

A la fin de la même année, une nouvelle série d'hectine est instituée et l'on constate alors une très grosse amélioration, la diplopie ayant presque complètement disparu.

Le malade a continué à se faire soigner jusqu'en mai 1926 et ne présentait plus de diplopie.

OBSERVATION X (N° 651)

M^{me} P.... Renée, 33 ans, couturière, vient consulter le 24 novembre 1924, parce que depuis 1 an 1/2 elle a des troubles de la marche. A l'examen on note en effet, une démarche ataxique avec signe de Romberg, l'abolition de tous les réflexes, un signe d'Argyll net à gauche, ébauché à droite. On ne note pas de douleurs lancinantes, pas de troubles sphinctériens, pas de troubles de la sensibilité superficielle.

Dans les antécédents, on ne relève aucun accident spécifique. La réaction de Wassermann est fortement positive.

La malade, soumise au traitement spécifique, reçoit du mois de novembre 1924 au mois de juin de l'année suivante 48 gr. 50 de Stovarsol.

A ce moment, on constate une amélioration nette de la marche. Pendant 1 an la malade reçoit encore 20 injections de muthanol simple dose, puis 20 injections de muthanol, double dose. Puis la malade disparaît pendant 2 ans et ne revient de nouveau à la consultation qu'en février 1929. Elle explique son absence en disant qu'elle se sentait très améliorée. En effet, elle marche sans canne et a retrouvé un équilibre presque normal.

Néanmoins on reprend le traitement.

OBSERVATION XI (N° 891)

M^{me} V.... Hélène, 42 ans, vient consulter le 17 mars 1924. A ce moment, elle présente des troubles nets de la marche de nature tabétique dont elle fait remonter le début à 8 ans.

Pas de douleurs lancinantes, pas de troubles sphinctériens, pas d'hypoesthésie cubitale, mais abolition des réflexes du membre inférieur et existence du signe d'Argyll Robertson.

A l'âge de 19 ans, elle aurait eu un chancre à la vulve, mais elle n'a jamais suivi de traitement.

La réaction de Wassermann est négative.

Pendant la première année de traitement, la malade reçoit 6 grs 50 de novar et 20 injections de muthanol double dose. En décembre 1924, elle se dit légèrement améliorée.

L'année suivante, elle reçoit 3 séries complètes de muthanol. En 1926, son état s'améliorant, elle néglige le traitement. En 1927, elle refait deux séries de muthanol double dose.

Au mois de mars 1928, elle ne se plaint plus que d'une

faiblesse dans la cheville droite. Elle ne ressent guère de difficulté à marcher que dans la descente des escaliers, tout le reste de la marche étant redevenue normal.

OBSERVATION XII (N° 1.276)

V.... Moïse, 60 ans, venu à la consultation le 2 novembre 1926 se plaint de douleurs lancinantes très aiguës siégeant surtout dans les membres inférieurs, datant de 5 à 6 ans. Il accuse également des troubles de la miction depuis 3 ans. La marche est normale, mais les réflexes sont abolis. On note un signe d'Argyll-Robertson à gauche. La pupille droite réagit à la lumière. On ne trouve aucun antécédent avéré de spécificité.

La réaction de Wassermann est négative.

On applique le traitement antisiphilitique et le malade reçoit jusqu'au mois de janvier 1929, 50 injections d'hectine et 10 injections de Quinby.

A ce moment le malade accuse une très grosse amélioration depuis 2 à 3 mois surtout. Les douleurs lancinantes et les troubles de la miction ont complètement disparu.

Les réflexes sont toujours abolis. La pupille droite réagit faiblement mais nettement à la lumière.

OBSERVATION XIII (N° 1.298)

T.... Alexandre, vient à la consultation le 14 décembre 1926. Il se plaint depuis 4 ans de douleurs lancinantes. D'autre part, il accuse des troubles de la marche qu'il fait remonter à 3 ans. Enfin depuis quelques mois seulement, il a de l'incontinence d'urine.

A l'examen on constate le signe de Romberg, le signe d'Argyll-Robertson bilatéral, l'abolition des réflexes des membres inférieurs, ainsi que du réflexe périoste radial.

La réaction de Wassermann est moyennement positive.

L'accident initial est passé inaperçu.

Le malade soigné très régulièrement a reçu depuis décembre 1926 5 séries de muthanol double dose de 10 injections chacune. Il n'est plus revenu à la consultation depuis le 15 mars 1928. Mais on notait à cette époque et remontant déjà à plusieurs mois, une grosse amélioration portant sur les divers troubles présentés : « le malade qui avait auparavant des crises de douleurs fulgurantes tous les quinze jours environ n'en a plus eues ces deux dernières années qu'à 6 mois d'intervalle. L'incontinence d'urine est moins marquée qu'auparavant. Enfin la marche est devenue bien meilleure et le Romberg est très atténué ».

OBSERVATION XIV (N° 1.429)

L.... Pierre, 38 ans, venu à la consultation le 30 août 1927 se plaint de douleurs lancinantes depuis 7 ans, et de troubles de la marche remontant à 1 an. Ces derniers, s'accroissent pendant la montée et la descente des escaliers. Les membres supérieurs sont normaux dans leurs mouvements. Enfin le malade aurait eu quelques émissions involontaires d'urine.

L'examen révèle un signe de Romberg net, des réflexes abolis, l'existence d'un signe d'Argyll-Robertson.

Le malade nie tout antécédent syphilitique.

La réaction de Wassermann est fortement positive.

Le malade est soumis au traitement mixte et a reçu depuis sa venue à la consultation 4 séries de novarsenobenzol de 6 grs chacune et 4 séries de muthanol double dose.

Revu dernièrement il accuse une grande amélioration : les douleurs fulgurantes sont devenues très rares, la marche est très améliorée. Le malade a pu faire cet été de la bicyclette. Les troubles urinaires ne sont pas réapparus.

OBSERVATION XV (N° 1.471)

G.... Louise, 54 ans, vient consulter le 6 décembre 1927, pour des douleurs fulgurantes dont le début remonte à 16

ans, la partie interne des deux pieds notamment, est le siège d'une douleur presque continue. La malade précise que ces douleurs vont nettement s'aggravant.

Les réflexes achilléens sont abolis, les rotuliens sont normaux. On note une grosse inégalité pupillaire, la gauche ne réagit pas à la lumière.

Pas de crises gastriques, pas de troubles sphinctériens, pas d'ataxie, mais léger signe de Romberg.

Dans les antécédents, on retrouve un chancre vulvaire à l'âge de 20 ans. La malade s'est soignée très insuffisamment dans la suite.

La réaction de Wassermann est moyennement positive.

On institue le traitement mixte et la malade a reçu depuis décembre 1927, 3 séries de novar de 6 grs et 3 séries de muthanol. En septembre 1928 la malade dit que les douleurs sont 4 fois moins fortes qu'avant le traitement.

Nous avons nous-mêmes revu la malade le 1^{er} mars 1929.

Elle accuse encore une nouvelle amélioration. Elle remarque que ses douleurs ne surviennent plus qu'aux changements de température et leur intensité est très diminuée.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Voici donc 15 observations de tabétiques où, sous l'influence du traitement syphilitique, les manifestations fonctionnelles se sont atténuées, quelquefois même ont disparu. Nous nous proposons maintenant de discuter ces résultats. Pour cela nous étudierons quels sont ceux de ces symptômes qui ont été les plus améliorés, dans quelle mesure ils ont été améliorés, et nous noterons la nature, l'intensité et la durée des traitements qui ont donné ces résultats.

Mais d'abord, comme nous l'avons déjà dit, ces malades n'ont pas eu de ponction lombaire ni au début ni au cours de leur traitement, ceci pour la seule mais suffisante raison que c'étaient des malades de dispensaire, venant le soir à une consultation d'hôpital, mais refusant leur hospitalisation. Dans ce cas, il était impossible de pratiquer une ponction lombaire, et partant, on ne peut reprocher cette absence d'un contrôle humoral des résultats obtenus. C'est pourquoi notre étude se trouve limitée à la seule action du traitement antisypilitique sur les troubles fonctionnels du tabès, indépen-

damment des résultats fournis par la ponction lombaire impraticable dans les cas que nous exposons.

Il en est de même des modifications des signes physiques révélés par l'examen du système nerveux. Dans nos observations nous n'oserions affirmer une modification favorable de l'un d'entre eux. Nous n'avons pas noté de réapparition de tel réflexe tendencieux, ni d'augmentation de tel autre sensiblement diminué, ni de disparition du signe d'Argyll ROBERTSON, tous signes résultant de lésions organiques constitués généralement dès l'apparition des troubles révélations du tabès, et inaccessibles à la thérapeutique.

Nous en arrivons donc aux troubles fonctionnels proprement dits, et nos observations montrent à quel point ils sont susceptibles de se modifier, de s'atténuer, comment même ils peuvent disparaître sous l'action du traitement syphilitique. C'est incontestablement l'élément *douleur* qui est le plus amélioré d'entre eux.

En effet, sur nos 15 observations nous notons 12 cas indiscutables d'atténuation des douleurs. Dans un cas même (Obser. XII) une malade souffrant de douleurs lancinantes très aiguës et continues depuis plusieurs années, soumise régulièrement au traitement syphilitique pendant deux ans, a accusé dans le cours de son traitement une diminution progressive de ses douleurs qui ont fini par disparaître complètement. Cette tabétique n'a plus souffert du tout depuis de nombreux mois, l'avenir seul nous dira si ce résultat est définitif.

Mais à défaut de disparition complète, les douleurs diminuent très sensiblement en intensité, et surtout,

semble-t-il, en fréquence. C'est ainsi que nombreux sont les cas où les malades ne souffrent plus qu'à intervalles très espacés (Obser. v, xiv, xv). L'observation xiii est très démonstrative à ce point : un malade ayant eu pendant quatre ans des douleurs fulgurantes qui survenaient tous les quinze jours, mis au traitement syphilitique, ne ressent plus ses douleurs depuis qu'il est traité, c'est-à-dire depuis deux ans, que tous les six mois environ. Une autre malade (Obs. xv) qui souffrait depuis seize ans à la partie interne des deux pieds de douleurs subintrantes et de plus en plus vives, après deux ans de traitement n'éprouve plus ces mêmes douleurs qu'aux changements de température. Peut-être s'agit-il ici de douleurs de causes irritatives et congestionnantes survenant chez un tabétique guéri, fait sur lequel le Professeur GUGEROT a insisté dernièrement ? C'est seulement durant la suspension trop prolongée de son traitement qu'un autre tabétique se plaint de ses douleurs (Obs. iv).

Cependant l'intensité même des douleurs semble être influencée favorablement par le traitement. C'est ainsi que l'un de nos malades (Obs. viii) note une diminution notable de ses douleurs depuis le début de son traitement, et voulant exprimer d'une façon explicite sa pensée dit que l'intensité de ses douleurs est quatre fois moins prononcée qu'autrefois. De même beaucoup de tabétiques reconnaissent souffrir moins fortement (Obs. i, ii, iv). Nous serions incomplets sur cette question de l'amélioration des douleurs, si nous ne signalions pas leur exacerbation au début du traitement, plusieurs fois

notée dans nos observations. En effet, ce phénomène, dit réaction de Herxheimer, bien connu dans le traitement de la syphilis au début, se rencontre également dans les manifestations douloureuses du tabès.

Après les douleurs, ce sont les *troubles de la marche* qui sont le plus nettement influencés par le traitement, et ceci à des degrés très variés, allant de la simple atténuation de l'ataxie jusqu'au recouvrement à peu près complet de la marche normale. Les résultats sont ici encore très probants, où nous voyons des malades auparavant invalides de par leur ataxie marcher de leur propre mouvement sans avoir besoin d'être soutenus, et reprendre un travail qu'ils avaient dû interrompre de nombreux mois durant. Tel malade (Obs. II) après quatre ans de traitement marche de nouveau sans canne et ne conserve plus qu'une légère difficulté à monter et à descendre les escaliers, après avoir été à peu près complètement impotent. Tel autre (Obs. XIV) a pu faire de la bicyclette. Si peu de malades marchent de nouveau normalement, beaucoup ont supprimé leur canne et retrouvé un équilibre très suffisant (Obs. II, VI, VIII, X, XI, XIII) leur permettant de mettre un terme à l'inactivité à laquelle ils se trouvaient contraints avant leur traitement.

L'*ataxie des membres supérieurs* est également susceptible de s'améliorer par le traitement syphilitique. C'est ainsi que dans nos observations nous trouvons un cas (Obs. VIII) où est noté de l'ataxie des membres supérieurs. Cette dernière était même beaucoup plus marquée que celle des membres inférieurs, et le malade éprouvait une grande difficulté à saisir les objets. Après

quatre ans de traitement, on constate que les troubles présentés par ce malade ne sont presque plus appréciables.

Ces dernières observations nous montrent donc l'action favorable du traitement syphilitique sur les troubles ataxiques, sur la marche en particulier, et les résultats obtenus chez nos malades nous paraissent encore plus satisfaisants si l'on note qu'ils sont dus au seul traitement syphilitique, en l'absence de toute autre thérapeutique, nous voulons surtout dire de rééducation des mouvements.

En opposition avec l'ataxie et les douleurs, les troubles des sphincters des tabétiques font preuve vis-à-vis du traitement d'une plus grande résistance, ils bénéficient beaucoup moins fréquemment de la thérapeutique instituée. Et de fait malheureusement il n'est pas rare dans nos observations, à côté de l'amélioration des douleurs et de la marche, de trouver ces derniers troubles inchangés. Beaucoup de tabétiques qui souffrent moins et marchent mieux continuent à se plaindre principalement des difficultés de la miction.

Néanmoins, quelle que soit la difficulté rencontrée, le traitement compte à son actif certains succès. Plusieurs fois (obs. V, XIII) on note une atténuation des troubles sphinctériens, le malade éprouvant moins de difficulté à uriner. Deux malades (obs. XII, XIV) qui avaient eu avant leur traitement quelques émissions involontaires d'urine ont vu depuis, ces troubles complètement disparaître.

Une observation non moins intéressante est celle de ce malade (obs. IX) qui, avec les signes physiques du tabès

et un Wassermann positif, ne présentait pour tout signe fonctionnel que de la *diplopie*. A la fin d'un premier traitement cette diplopie fut très améliorée. Une deuxième série de piqûres en amena la disparition complète. Nous ne devons cependant pas trop insister sur ce résultat, sachant que ce trouble oculaire peut parfaitement disparaître sans aucun traitement.

Il manque à cette étude des diverses manifestations fonctionnelles du tabès amélioré par le traitement syphilitique une observation de *crises gastriques*. Mais, en effet, nous n'en avons trouvé qu'une, et nous devons à la vérité de dire que le malade ne semble pas avoir bénéficié du traitement institué depuis plusieurs années déjà, car ses crises irrégulières comme fréquence sont malgré tout aussi intenses et aussi nombreuses qu'autrefois, ne cédant momentanément qu'à un traitement symptomatique.

Pour juger avec toute la précision et toute l'impartialité nécessaires l'ensemble des résultats obtenus il nous faut maintenant envisager le côté décevant de cette étude. Parallèlement à ces 15 observations aux résultats satisfaisants, combien avons nous noté d'insuccès ? Dans nos recherches à la consultation de notre maître, M. SÉZARY, nous avons trouvé 24 observations de tabès non amélioré par le traitement antisypilitique. Mais nous nous empressons de dire que parmi ces malades, 12, c'est-à-dire la moitié déjà ont quitté la consultation dès les premières piqûres, sans même avoir reçu une première série d'injections, et n'ont plus jamais été revus. Par ailleurs 4 autres malades sont venus très irrégulièrement au traitement, n'ayant même pas eu une série de piqûres

par année. En définitive nous nous trouvons donc en face de 8 cas non améliorés par un traitement régulièrement suivi depuis plusieurs années, soit que les mêmes troubles persistent aussi fréquents et aussi intenses, soit que, ce qui est le fait de 5 de ces tabétiques, de légères améliorations notées à un certain moment ne se soient point accentuées ou n'aient point persisté dans la suite. Il reste donc que sur 23 tabétiques traités régulièrement, 15 ont bénéficié de résultats satisfaisants, soit une proportion de 65 pour 100.

L'amélioration des douleurs et de l'ataxie semble-t-elle plus marquée en rapport avec tel ou tel médicament anti-syphilitique employé ? Quel est l'agent de l'arsenal thérapeutique qui paraît influencer les troubles fonctionnels chez les tabétiques le plus favorablement ? C'est cette question délicate que nous allons discuter, en nous reportant aux différents traitements qu'ont reçu les malades de nos observations. Dans l'ensemble on s'est adressé pour chaque malade à différents médicaments : tantôt à l'arsenic sous forme de novarsénobenzol, de sulfarsénol, d'acétylarsan, d'hectine, de stovarsol ; tantôt au bismuth sous forme de quinby et de muthanol. Généralement chaque malade a eu des séries alternées des divers médicaments, et les résultats obtenus indifféremment avec les divers agents thérapeutiques semblent difficilement imputables à tel ou tel d'entre eux plus spécialement. Ainsi tel malade se trouve amélioré après une série d'hectine, tel autre après une série de quinby. Quant au novarsénobenzol il a été administré de préférence aux sujets jeunes, présentant des manifestations de date récente, ayant

une réaction de wassermann fortement positive, en un mot dans les cas où il y avait intérêt à frapper fort et où la résistance du sujet permettait l'emploi d'un produit plus actif. En pareil cas le novarsénobenzol était habituellement associé à un sel de bismuth, réalisant le traitement mixte conjugué arséno-bismuthique, dont M. SÉZARY a montré le premier tout l'intérêt dans le traitement de la syphilis.

Nous voyons donc combien il est difficile d'affirmer la supériorité d'un médicament dans le traitement des manifestations fonctionnelles du tabès, d'autant qu'il faut compter avec la variabilité de ces manifestations chez chaque sujet et aussi avec la façon dont ces sujets réagissent vis-à-vis du médicament, tel malade éprouvant une amélioration nette à la suite d'une seule série, tel autre exigeant plusieurs séries de médicaments variés souvent pour bénéficier de la cure.

Ceci prouve également quelle réserve il faut apporter dans la détermination du temps nécessaire au soulagement des manifestations tabétiques. Dans l'ensemble les malades dont nous relatons les observations sont venus assez régulièrement au traitement, et il semble que l'amélioration constatée ait été progressive et fonction du traitement suivi.

Quelques-uns ont cessé le traitement depuis plusieurs mois et plusieurs années même, se jugeant suffisamment améliorés. Est-ce à dire qu'ils n'auront plus jamais à craindre le retour des maux dont ils ont souffert, et que ceux qui, fidèles jusqu'ici à leur traitement, se sentent à l'heure actuelle très améliorés pourront un jour cesser

définitivement tous les soins ? Nous ne le croyons pas. Car s'il est vrai que le traitement antisypilitique a amené une diminution notable ou même la disparition de leurs troubles fonctionnels, il n'a fait qu'enrayer la marche de la maladie sans procurer la *restitutio ad integrum* des lésions causales, et partant, le traitement cessé, ces dernières pourront occasionner l'apparition de nouveaux troubles dans l'organisme. A maladie chronique, traitement chronique. C'est dire qu'il ne faudra interrompre trop longtemps le traitement de nos tabétiques, même de ceux qui sont en apparence délivrés de leurs misères, et nous avons la conviction que tous les agents antisypilitiques concourront au même but appréciable, la quasi-disparition des manifestations fonctionnelles du tabès, à la condition qu'on les administre alternativement par séries, sans jamais toutefois les supprimer totalement.

CONCLUSIONS

1°) Les troubles fonctionnels du tabès, douleurs lancinantes et fulgurantes, ataxie, sont généralement justifiables du traitement syphilitique qui est capable très souvent de les améliorer, exceptionnellement même de les faire disparaître complètement. Dans nos observations cette action favorable s'est manifestée dans 65 pour 100 des cas.

2°) Pour réaliser ce traitement, il est logique de s'adresser aux différents médicaments antisyphilitiques dont on fera des cures alternées.

3°) Ce traitement sera chronique, il devra être poursuivi de nombreuses années si l'on veut obtenir un résultat durable.

Vu : *Le Doyen,*
ROGER.

Vu : *Le Président de Thèse,*
GOUGEROT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

AMERAND. — *Le traitement syphilitique dans la paralysie générale et le tabès*. Thèse Paris 1910.

ANTONELLI. — *A propos de l'étiologie et du traitement du tabès*. Société de médecine et de chirurgie pratique (février 1902).

AUBRÉE. — *Traitement mercuriel du tabès*. Thèse Paris, 1903.

BABONNEIX. — *Traité de médecine de Sergent*.

BARRÉ. — *Tabès et traitement arsenico-hydrargirique*, Bulletin médical, 27 juin 1923.

— *Traitement spécifique du tabès*. Journal médical français, 15 août 1912.

BELUGÓN. — *Congrès des Neurologistes*. Bruxelles, août 1903.

— *Traitements utiles du tabès*. Archives générales de Médecine, 1906.

BERNARD. — *Tabès et sels bismuthés*. Société belge de dermatologie et de syphiligraphie, 9 avril 1922.

BRISSAUD et BABUSHI. — Société de Neurologie de Paris, janvier 1902.

CHAUVET (Stephen). — *Traitement du tabès au début.*
Monde médical, 15 janvier 1920.

CLÉMENT. — *Etude sur quelques cas de tabès traités par l'arsenic et le mercure.* Thèse Paris 1922.

COLLINS. — *Traitement moderne du tabès.* Médical Record, 1913.

DÉJERINE et THOMAS. — *Traité de médecine Brouardel et Gilbert.*

DIEULAFOY. — *Pathologie interne.*

DONADIEU-LAVIT. — *Injections mercurielles dans le tabès.*
Montpellier médical, 20 avril 1902.

DUJARDIN. — *Mercuré et arsenobenzol dans le traitement du tabès.* Société belge de Dermatologie et syphiligraphie, 9 avril 1922.

ERB. — *Le traitement du tabès.* Samenbung klinischer Vorträge, avril 1896.

ESPITALIER. — *Contribution à l'étude du traitement du tabès dorsal.* Thèse de Paris, 1902.

FAURE. — *Pathogénie, pronostic, thérapeutique du tabès.*
Revue de Médecine, 1903, page 663.

— *Opinion sur le traitement mercuriel du tabès.*
Bulletin de la Société de médecine de Paris,
25 janvier et 14 février 1908.

— *Trente ans de traitement antisyphilitique du tabès.*
Cours médical, 8 mai 1927.

FERRAND. — Bulletin médical, 1920 (20 octobre). *Les directions actuelles du traitement spécifique du tabès.*

FOURNIER. — *Traité de la syphilis*, 1882. *Ataxie locomotrice d'origine syphilitique*, 1882.

GOUGEROT. — *Douleurs des tabétiques guéris. Importance des causes congestionnantes et irritatives.*

Journal des praticiens, 1927, n° 47 bis.

LEGENDRE. — *Etude critique sur les résultats du traitement spécifique dans les cas de tabès et de paralysie générale.* Thèse Paris, 1914.

LEREDDE. — *Traitement du tabès et de la paralysie générale.* Congrès de Toulouse, avril 1905.

— *Guérison du tabès par le salvarsan.* Soc. de Médecine de Paris, 25 janvier 1913.

— *Sur 2 cas de tabès gastrique traités par le novarsénobenzol.* Société française de dermatologie, 27 janvier 1927.

— *Le traitement du tabès,* Paris 1918.

— *Nature et curabilité du tabès.* Paris 1903.

LEMOINE. — *Traitement de l'ataxie locomotrice par injection de benzoate de mercure.* Nord Médical, 15 mai 1902.

LIVINGSTON. — *Traitement du tabès.* The american journal of the medical sciences (septembre 1912).

MANTOVANI (Mario). — *Contribution à l'étude du salvarsan dans le tabès.* Il Policlinico, 15 fév. 1914.

DE MASSARY. — *Nature syphilitique et curabilité du tabès.* Archives générales de médecine, 1903, p. 2959.

MILIAN. — *Traitement étiologique du tabès.* Progrès médical, 20 juin 1908.

SÉZARY. — *Traitement pathogénique des affections nerveuses parasymphilitiques.* Presse médicale, 16 avril 1910.

— *La syphilis nerveuse.* Masson, 1926.

SPILLMAN et PERRIN. — *Fréquence des succès du traitement syphilitique chez les tabétiques.* Province médicale, 24 décembre 1909.

CANESBRINI (Silvio). — *Résultats du traitement par le salvarsan dans le tabès.* Neurol, Centr. 2 janvier 1912.

STERNE. — *Effets de l'hectine dans un cas de tabès et dans un cas de P. G.* Revue médicale de l'Est, 1^{er} novembre 1911.

VAUDEY. — *4 cas de tabès traités par mercurialisation intensive.* Marseille Médical, 1^{er} avril 1904.

VASCONCELLOS. — *Les arsenicaux dans le traitement du tabès.*

TSHIRJEW. — *Tabès ataxique et traitement des affections postsyphilitiques du système nerveux par le mercure et le salvarsan.* Archiv. für Psychiatrie, 1913.
